



**OFICINA: CÍRUCLE- NY FM RO CO WI ES P.1**

VISITE NUESTRO SITIO WEB [www.GetMeGreatSkin.com](http://www.GetMeGreatSkin.com)

**LLENE POR FAVOR AMBOS LADOS DE ESTAS DOS PAGINAS (8 LADOS) Y REGRESE A LA RECEPCIONISTA**

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

Su correo electrónico no será dado a nadie. Sólo se utilizará como contacto de emergencia, para salud de la piel, o información de la oficina.

SEXO:  M  F OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO: ( ) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ # S.S. \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESPOSO/A, PADRES, GUARDIANES: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA MEDICA: (ANOTAR NOMBRES Y #'S DE TELÉFONO)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **TÉLEFONO:** ( ) \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **TÉLEFONO:** ( ) \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE FARMACIA:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **CALLE:** \_\_\_\_\_

**QUIÉN LO REFIRIÓ?** (circulé uno) MÉDICO/ PAGINAS AMARILLAS/ROTULÓ/ RADIO SEGURO/ AMIGO/ FAMILIA/ PERIÓDICO/ INTERNET- \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE AMIGO O MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**# TELÉFONO:** ( ) \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE MÉDICO PRIMARIO:** \_\_\_\_\_

SI NO ESTA ANOTADO ARRIBA

**INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO**

**NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO:**

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE:  PADRES  ESPOSO/A  UNO MISMO  OTRO  M  F

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # DE SEGURO \_\_\_\_\_

S.S. DE ASEGURADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPLEADOR/GROUPO: \_\_\_\_\_ #GRUPO: \_\_\_\_\_

CANTIDAD DE COPAGO \$: \_\_\_\_\_

TIENE USTED UN PLAN DE DROGA OR PRESCRIPCIÓN? YES/NO

**NOMBRE DE SEGURO SECUNDARIO:**

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE:  PADRES  ESPOSO/A  UNO MISMO  OTRO  M  F

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # DE SEGURO \_\_\_\_\_

S.S. DE ASEGURADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EMPLEADOR/GROUPO: \_\_\_\_\_ #GRUPO: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR LEA ESTA DECLARACIÓN CON ATENCIÓN Y FIRME ABAJO:**

TODA LA INFORMACIÓN DE LAS OCHO SECCIONES INCLUYENDO LA HISTORIA MÉDICA Y POLÍZA FINANCIERA SON VERDADERAS Y COMPLETAS. ME COMPROMETO A INFORMAR EN MIS VISITAS SI CUALQUIER HISTORIA MÉDICA O INFORMACIÓN DE SEGURO A CAMBIADO, O SI ME MUDO. MI FIRMA TAMBIÉN SE UTILIZARÁ COMO "FIRMA EN ARCHIVO" PARA PROPOSITOS DE SEGURO. YO DOY PERMISO PARA QUE ME SEAN TOMADAS FOTOS MÉDICAS PARA SER MOSTRADAS COMO PROPOSITOS EDUCATIVOS.

**YO ASIGNO MI BENEFICIOS DEL SEGURO SER PAGADOS DIRECTAMENTE A ADVANCED DERMATOLOGY, P.C.**

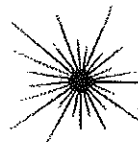
**HE LEÍDO LA POLÍZA FINANCIERA Y ESTOY DE ACUERDO QUE SOY RESPONSABLE PARA TODOS LOS SERVICIOS QUE NO SEAN CUBIERTOS, Y LAS CITAS CANCELADAS.**

ESCRIBA NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

**HE LEÍDO EL CONSENTIMIENTO DE LA HIPAA, EN LA PAGINA 7 Y SI NO FIRMO ESTE FORMULARIO ABAJO, ADVANCED DERMATOLOGY, P.C. PUEDE NEGARSE A DAR TRATAMIENTO A MI. MI FIRMA ABAJO DECLARA QUE ESTOY DE ACUERDO CON SU CONTENIDO.**

ESCRIBA NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DE PACIENTE O GUARDIAN \_\_\_\_\_



- POR FAVOR, APAGUE TELÉFONOS CELULARES AL ENTRAR AL CUARTO DE EXAMENES
- POR FAVOR, RETIRAR CHICLE, CAMELOS DUROS O MENTAS ANTES DEL EXAMEN
- POR FAVOR QUITARSE MAQUILLAJE ANTES DE SER EXAMINADOS
- SI TIENE CONDICIÓN EN LAS UÑAS, POR FAVOR QÚITSE ESMALTE (PODEMOS DARLE ACETONA)
- PARA DESVESTIRSE, POR FAVOR PONGA LA ROPA EN LA SILLA POR FAVOR QUEDESE CON SÓLO CALZONCILLOS Y BRASIER (OPCIONAL) CUANDO SE SOMETAN AL EXÁMEN DEL CUERPO
- SI TIENE PROBLEMAS CON LAS MANOS GENERALMENTE NOS GUSTA EXAMINAR LOS PIES, ASÍ QUE QÚITSE LOS ZAPATOS POR FAVOR Y CALCETINES

GRACIAS POR ELEGIR A **ADVANCED DERMATOLOGY, PC**, UNA PRÁCTICA ESPECIALIZADA EN CONDICIONES DE PIEL, EL CABELLO Y LAS UÑAS EN ADULTOS Y NIÑOS. ADEMÁS DE LAS CONDICIONES MÉDICAS SOMOS FAMOSOS POR NUESTRO LÁSERS Y CIRUGÍA COSMÉTICA LO ÚLTIMO EN TRATAMIENTOS MÉDICOS. NOSOTROS ACTUALMENTE TENEMOS MÁS LÁSERES COSMÉTICOS QUE CUALQUIER GRUPO DE MULTI PRÁCTICA EN NUEVA YORK. POR FAVOR VISITÉ NUESTRO SITIO WEB [WWW.GETMEGREATSKIN.COM](http://WWW.GETMEGREATSKIN.COM). PARA SU CONVENIENCIA LOS INVITAMOS A VER NUESTRO LIBRO DE COSMÉTICOS CON FOTOS DE ANTES Y DESPUÉS, FOLLETOS Y VÍDEOS SOBRE COSMÉTICOS Y DE CONDICIONES MÉDICAS, LOS ARTÍCULOS ESCRITOS POR NUESTROS MÉDICOS Y LAS ENTREVISTAS REALIZADAS POR DOCTORES EN LA PRENSA. VEA NUESTRO SITIO WEB Y ANUNCIOS PARA PROXIMOS EVENTOS Y DE INFORMACIÓN INFORMATIVA. PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA CONDICIONES DE PIEL, SOBRE LOS MEDICAMENTOS Y DE OTROS RECURSOS, TAMBIEN PUEDE VISITARNOS EN: [WWW.DRSKININFOR.ORG](http://WWW.DRSKININFOR.ORG) / [ADVANCEDD.COM](http://ADVANCEDD.COM)

#### POLIZA FINANCIERA

GRACIAS POR ELEGIR ADVANCED DERMATOLOGY, P.C. PARA SU ATENCIÓN DERMATOLÓGICA. PARA EVITAR CAUALQUIER MALENTENDIDO SOBRE LA RESPONSABILIDAD EN RELACIÓN CON EL PAGO DEL SERVICIO MÉDICO-QUIRÚRGICO Y/O LOS CARGOS DEL LABORATORIO, LO SIGUIENTE LE INFORMA.

**HMO/PPO/OTRA COBERTURA DESEGURO:** SI USTED TIENE SEGURO A TRAVÉS DE UNA EMPRESA QUE HEMOS CONTRATADO, TENDREMOS QUE REALIZAR UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO Y SU LICENCIA DE CONDUCIR. **LOS CO-PAGOS DEBEN SER PAGADOS ANTES DE VER AL MÉDICO.** SI SU COMPAÑIA DE SEGUROS REQUIERE UNA REFERENCIA DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, ESTA DEBE ESTAR PRESENTE EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. FALTA DE LA INFORMACIÓN PUEDA RESULTAR QUE TENGA QUE PAGAR POR LA VISITA. ES SU RESPONSABILIDAD DE MANTENER LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE REFERENCIA Y EL NÚMERO DE VISITAS DADAS POR SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. USTED SERÁ RESPONSABLE POR QUALQUIER SERVICIO NEGADO POR SU COMPAÑIA DE SEGURO SI NO ES MÉDICAMENTE NECESARIO Y/O NO CUBIERTOS.

**MEDICARE:** NUESTROS MÉDICOS SON LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES DE MEDICARE Y ACEPTAMOS LA ASIGNACIÓN DE MEDICARE, QUE ES UN CARGO **PERMISIBLE** APROBADO POR MEDICARE. MEDICARE PAGARÁ EL 80% DE LOS GASTOS ADMISIBLES DESPUÉS DE PAGAR SU DEDUCIBLE ANUAL. USTED ES RESPONSABLE DE LOS CARGOS APLICADOS A SU DEDUCIBLE Y EL 20% DE SU CO-SEGURO. SI USTED TIENE UN SEGURO SECUNDARIO, COMO UNA CORTESÍA NOSOTROS PRESENTAREMOS EL SALDO RESTANTE A ESA COMPAÑIA. USTED TAMBIEN SERÁ RESPONSABLE DE LOS SERVICIOS NEGADOS POR SU COMPAÑIA DE SEGUROS QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS Y/O NO CUBIERTOS.

**LABORATORIO:** DEPENDIENDO DE LA PÓLIZA DE SU COMPAÑIA DE SEGURO PUEDE SER OBLIGADO A PAGAR UN CO-PAGO POR SEPARADO PARA CUALQUIER ESPÉCIMEN QUE SE TOME DURANTE SU VISITA.

**AUTO-PAGO DE LOS PACIENTES (PAGAGÁ):** PACIENTES SIN SEGURO, EL GARANTE ES RESPONSABLE POR EL CARGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

**PACIENTES COSMÉTICOS:** LOS DEPÓSITOS SON NECESARIOS ANTES DE LA FECHA DEL PROCEDIMIENTO, EL SALDO DEL PAGO ES REQUERIDO ANTES DE QUE EL PROCEDIMIENTO SE REALIZA.

**PAGO:** UTILIZAMOS UN SERVICIO DE CHEQUE GARANTIZADO, QUE AUTOMÁTICAMENTE DEDUCE LA CANTIDAD DE SU CUENTA INMEDIATAMENTE. ESTO ES IGUAL COMO SUS TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO TRABAJAN MOSTRANDO NOS SI LOS FONDOS ESTÁN DISPONIBLES EN SU CUENTA.

**PÓLIZA DE REEMBOLSO DE DINERO:** NO OFRECEMOS REEMBOLSOS POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y COSMÉTICOS.

**PÓLIZA DE CANCELACIONES:** HABRÁ UN CARGO POR ROMPER CITAS A MENOS QUE SE DE UN PREAVISO DE 24 HORAS.

**CHEQUES DEVUELTOS Y COLECCIONES:** UN CARGO DE \$25 SE EFECTUARÁ PARA TODOS LOS CHEQUES DEVUELTOS. EN CASO DE QUE CUALQUIER ACCIÓN SE SEÑALAN A COLECCIÓN, ME COMPROMETO A PAGAR LOS COSTOS DE COBRO RAZONABLE Y/O DE ABOGADOS.



**HISTORIA MÉDICA LLENE POR FAVOR AMBOS LADOS DE ESTAS PAGINAS Y REGRESE A LA RECEPCIONISTA**

ESCRIBIR EL NOMBRE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY: \_\_\_\_\_

ALGUNA VEZ HA SIDO VISTO EN CUALQUIER OFICINA ADVANCED DERMATOLOGY, INCLUYENDO ESTA OFICINA)?  SI  NO

CUANDO \_\_\_\_\_ CUAL OFICINA? \_\_\_\_\_

VISTAO POR CUALQUIER OTRO DERMATÓLOGO?  SI  NO

**ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE:**

**1. ALERGIAS: (MEDICAMENTOS)**  
REACCIÓN ALÉRGICA A CUALQUIER MEDICAMENTOS: PENICILINA  SI  NO  
LIDOCAÍNA  SI  NO

OTRO: \_\_\_\_\_  
QUE PASO: \_\_\_\_\_

**2. HISTORIA CLINICA DEL PASADO:**

- ARTRITIS  SI  NO
- EL ASMA/BRONQUITIS  SI  NO
- PROBLEMAS SANGRIENTOS  SI  NO
- CANCER  SI  NO
- DIABETES  SI  NO
- ABUSO DE ALCOHOL  SI  NO
- Y DROGAS  SI  NO
- GLAUCOMA  SI  NO
- PIEBRE DEL HENO  SI  NO
- ENFERMEDAD CARDIACO  SI  NO
- HEPATITIS  SI  NO
- VIH/ SIDA  SI  NO
- HIPERTENSIÓN  SI  NO
- QUELOIDE/ CICATRICES  SI  NO
- BAJO DE PLAQUETAS  SI  NO
- ENFERMEDAD PULMONAR  SI  NO
- MARCAPASOS/ DESFIBRILADOR  SI  NO
- HERIDAS SIN CURACIÓN  SI  NO

OPERACIÓN DEL PASADO/ OTRAS ENFERMEDADES:  
(QUÉ PASO/ CUÁNDO/ EXPLICE) \_\_\_\_\_

RADIOGRAFÍA / RADIOTERAPIA  SI  NO  
LOCALIDAD \_\_\_\_\_

**3. HISTORIA FAMILIAR:**

CARCINOMA DE CÉLULAS BASALES  SI  NO  
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS  SI  NO  
MELANOMA  SI  NO  
LOCALIDAD/ AÑO \_\_\_\_\_

ALERGIAS  SI  NO  
TIPO \_\_\_\_\_

PIEBRE DEL HENO  SI  NO  
EL ASMA/ BRONQUITIS  SI  NO  
PSORIASIS  SI  NO  
ECCEMA  SI  NO  
LUPUS  SI  NO  
OTRA CONDICIONES DE LA PIEL: \_\_\_\_\_

EXPLICE: \_\_\_\_\_

**4. HISTORIA SOCIAL:**

ESTÁ USTED EMBARAZADA?  SI  NO  
FUMA USTED?  SI  NO  
BEBE ALCOHOL?  SI  NO  
USA DROGAS?  SI  NO

**5. MEDICAMENTOS:**

(MEDICAMENTOS ORALES, HIERBAS, ALIMENTOS DE SALUD (INCLUYENDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS)

**ESTÁN TOMANDO?**

ASPIRINA/ALEVE/ADVL  SI  NO  
DILUYENTES DE LA SANGRE  SI  NO  
ACCUTANE  SI  NO  
ALGUNA VEZ HA TOMADO ACCUTANE?  SI  NO  
EN CASO QUE SI, CUANDO? \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS Y CREMAS COMPRADOS EN FARMACIAS: \_\_\_\_\_

**6. HISTORIA PERSONAL:**

CARCINOMA DE CÉLULAS BASALES  SI  NO  
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS  SI  NO  
MELANOMA  SI  NO  
LOCALIDAD/ AÑO \_\_\_\_\_

ALERGIAS:  
COMIDA:  SI  NO  
EN CASO QUE SI, QUE TIPO? \_\_\_\_\_

ENTORNO  SI  NO  
EN CASO QUE SI, QUE TIPO? \_\_\_\_\_  
PIEBRE DEL HENO  SI  NO  
PSORIASIS  SI  NO  
ECCEMA  SI  NO

ALGUNA VEZ HAS TENIDO UNA QUEMADURA SOLAR? # DE VECES \_\_\_\_\_  SI  NO

OTRA CONDICIONES DE LA PIEL: \_\_\_\_\_

ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUN PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA COSMÉTICA O PLÁSTICA REALIZADA EN USTED?  SI  NO  
EXPLICE QUE TIPO: \_\_\_\_\_

OTRAS OPERACIONES, CIRUGÍAS O ENFERMEDADES? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL:**

ALTURA \_\_\_\_\_ PRESIÓN ARTERIAL \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ LBS

OTRA INFORMACIÓN PERTINENTE: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA -CONSENTIMIENTO HIPPA

CON MI CONSENTIMIENTO ADVANCED DERMATOLOGY, P.C. PUEDE UTILIZAR Y REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD(PHI) ACERCA DE MI PARA LLEVAR A CABO TRATAMIENTO, PAGOS Y OPERACIONES DE ASISTENCIA MÉDICA (TPO). CONSULTE EL AVISO DE LA PRIVACIDAD DE PRACTICAS DE ADVANCED DERMATOLOGY, P.C PARA UNA DESCRIPCIÓN MÁS COMPLETA DE DETALLES Y REVELACIONES.

TENGO EL DERECHO DE REVISAR EL AVISO DE PRIVACIDAD DE PRÁCTICAS. ADVANCED DERMATOLOGY, P.C. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR SU AVISO DE PRIVACIDAD DE PRÁCTICAS EN CUALQUIER MOMENTO. UN ANUNCIO REVISADO DE LA PRIVACIDAD DE PRACTICAS SE PUEDEN OBTENER, USTED PUEDE SOLICITAR POR ESCRITO AL FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD DE ADVANCED DERMATOLOGY, P.C..

CON MI CONSENTIMIENTO ADVANCED DERMATOLOGY, P.C. PUEDE LLAMAR A MI CASA O OTRO LUGAR DESIGNADO Y DEJAR UN MENSAJE EN EL CORREO DE VOZ O EN PERSONA EN REFERENCIA A CUALQUIER ELEMENTO QUE AYUDE A LA PRÁCTICA DE REALIZACIÓN (TPO), POR EJEMPLO AVISO DE SUS CITAS, CUESTIONES DE SEGUROS, Y PARA EL REGRESO DE LLAMADAS.

CON MI CONSENTIMIENTO ADVANCED DERMATOLOGY, P.C. PUEDE ENVIAR POR CORREO A MI HOGAR O LUGAR DESIGNADO CUALQUIER DOCUMENTO QUE ASISTEN A LA PRÁCTICA DE LA REALIZACIÓN (TPO), TALES COMO TARJETAS DE NOTIFICACIÓN DE CITAS, Y INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE MIENTRAS ESTÁN MARCADOS PERSONAL Y CONFIDENCIAL.

CON MI CONSENTIMIENTO ADVANCED DERMATOLOGY, P.C. PUEDE ENVIAR CORREO ELECTRÓNICO O OTRO LUGAR DESIGNADO INFORMACION QUE ASISTEN A LA PRACTICA DE LA REALIZACIÓN (TPO), COMO TARJETAS DE NOTIFICACIÓN DE CITAS, Y DECLARACIONES DEL PACIENTE. TENGO EL DERECHO A SOLICITAR QUE ADVANCED DERMATOLOGY, P.C. RESTRINGA LA MANERA QUE USA Y DIVULGA MI (PHI) PARA REALIZAR (TPO). SIN EMBARGO NO SE REQUIERE QUE LA PRÁCTICA ESTÉ DE ACUERDO CON MI PETICIÓN, PERO SI LO HACEN, ESTAN OBLIGADOS POR EL PRESENTE ACUERDO.

PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO POR ESCRITO, EXCEPTO QUE LA PRÁCTICA HA HECHO YA REVELACIONES EN BASE A EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR.

LAS GUIAS COMPLETAS DEL HIPPA SON DISPONIBLES EN LA RECEPCIÓN

**OFRECEMOS UNA GRAN VARIEDAD DE SERVICIOS- (LISTA PARCIAL)**

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | MANCHAS DE ENVEJECIMIENTO/ MANCHAS SOLARES  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | OJOS HERMOSOS   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | BOTOX® / DYSPORT®: ARRUGAS FACIALES   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | VASO SANGUÍNEO ROTOS/ VENAS DE ARAÑAS   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | PEELING QUÍMICOS PARA LA PIGMENTACIÓN Y MELASMA   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | REPARACIÓN DEL LÓBULO DE LA OREJA   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | EL EXCESO DE GRASA /CELULITIS /LIPOSUCCIÓN  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <b>LLENADORAS:</b> RESTLANE®, PERLANE® FAT, RADIESSE®, JUVEDERM®: ULTRA + ULTRA PLUS, SCULPTRA® |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | QUITAR CRECIMIENTOS   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | TRASPLANTES DE CABELLO- TÉCNICA NATURAL   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | TRATAMIENTOS CON LÁSER PARA EL ACNÉ   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | TRATAMIENTOS CON LÁSER PARA LA PSORIASIS O LA PÉRDIDA DE PIGMENTACIÓN                           |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | TRATAMIENTO DE MICRODERMABRACION  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | PARCHE PARA PRUEBAS DE ALERGIAS DE LA PIEL  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | TRATAMIENTO PERMANENTE PARA ELIMINACIÓN DEL VELLO (REDUCCIÓN)                                   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | CICATRICES-ACNÉ, TRAUMÁTICAS, ETC   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | REJUVENECIMIENTO DE LA PIEL   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ESTRÍAS   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | QUITAR TATUAJE  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <b>THERMAGE®</b> -ESTIRAMIENTO FACIAL SIN CIRUGÍA   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | VENAS VARICOSAS   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ARRUGA/ EL JOULE/ <b>CON RECUPERACIÓN</b>   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ARRUGA/ EL JOULE/ <b>SIN RECUPERACIÓN (FRAXEL®/HARMONY/SMOOTHBEAM)</b>                          |

**OFRECEMOS PROCEDIMIENTOS DE COSMETICA Y RECONSTRUCTIVA PARA HOMBRES Y MUJERES**

**CARA Y LA CABEZA**

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | CIRUGÍA DE OREJAS                             |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | LEVANTAMIENTO DE PÁRPADOS-SUPERIOR & INFERIOR |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | LEVANTAMIENTO FACIAL                          |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | LEVANTAMIENTO DEL CUELLO                      |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | CIRUGÍA DE NARIZ                              |

**PIEL**

- |                             |                             |                        |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | REVISIÓN DE CICATRICES |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | SUTURAS FACIALES       |

**ESTÁ INTERESADO EN NUESTRA LÍNEA DE CUIDADO DE LA PIEL?:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACNÉ              | <input type="checkbox"/> HIDRATANTES:                       | <input type="checkbox"/> DECOLORACIÓN DE LA PIEL                 |
| <input type="checkbox"/> PRODUCTOS DE PELO | OJOS, CARA, CUERPO  | <input type="checkbox"/> REJUVENECIMIENTO DE LA PIEL / PIEL SANA |
|  | <input type="checkbox"/> REDUCCIÓN DE LÍNEAS FINAS/ ARRUGAS | <input type="checkbox"/> PROTETOR DE SOL                         |

ESTÁ INTERESADO EN CUALQUIER OTRO PRODUCTO(S)

VISIT OUR WEBSITE @ [WWW.GETMEGREATSKIN.COM](http://WWW.GETMEGREATSKIN.COM)  
PARA UNA LÍNEA COMPLETA DE PRODUCTOS PARA AYUDAR "GET ME GREAT SKIN"